

介護保険事業所 自己点検シート

＜地域密着型通所介護＞

事業所番号								
事業所の名称								
管理者名								
事業所所在地								
	電話番号					FAX番号		

設置法人名				
法人代表者	職名		氏名	

指定年月日	平成・令和	年	月	日
指定有効期限	令和	年	月	日
定員	人			

介護報酬請求における加算等(地密通所介護) (記入日以前1年以内に算定実績のあるものにチェック☑)	
☐ 人員基準欠如減算 ☐ 定員超過利用減算 ☐ 延長加算 ☐ 共生型地域密着型通所介護 ☐ 生活相談員配置等加算 ☐ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 ☐ 入浴介助加算(Ⅰ) ☐ 入浴介助加算(Ⅱ) ☐ 中重度者ケア体制加算 ☐ 生活機能向上連携加算(Ⅰ) ☐ 生活機能向上連携加算(Ⅱ) ☐ 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ ☐ 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ ☐ 個別機能訓練加算(Ⅱ) ☐ ADL維持等加算(Ⅰ) ☐ ADL維持等加算(Ⅱ) ☐ 認知症加算 ☐ 若年性認知症利用者受入加算 ☐ 栄養アセスメント加算 ☐ 栄養改善加算 ☐ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) ☐ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) ☐ 口腔機能向上加算(Ⅰ) ☐ 口腔機能向上加算(Ⅱ) ☐ 科学的介護推進体制加算 ☐ 同一建物減算 ☐ 送迎を行わない場合の減算 ☐ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ☐ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ☐ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ☐ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)イ ☐ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)ロ ☐ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) ☐ 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) ☐ 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) ☐ 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) ☐ 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) ※令和7年3月末まで ☐ 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) ☐ 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) ☐ 介護職員等ベースアップ等支援加算	

記入者	職名		氏名	
記入年月日	令和	年	月	日

※「指定年月日」欄には、最新の指定更新年月日ではなく、最初に指定を受けた年月日を記入してください。